

慢性额窦炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E9_A2_9D_E7_c22_307647.htm 名称慢性额窦炎所属科室耳鼻喉科病因

- 1.急性额窦炎未能及时处理或治疗不当，使粘膜严重破坏，失去正常功能，而变为慢性炎症。
- 2.变态反应性额窦炎、鼻额管粘膜水肿、纤毛输送功能降低，使急性炎症时的引流受阻，而变为慢性炎症。
- 3.鼻中隔高位弯曲，中鼻甲肥大，鼻息肉，鼻道窦口复合体引流受阻。
- 4.气压性损伤，如航空速降、游泳跳水、潜水作业，均可引起额窦慢性感染。
- 5.全身因素，如免疫功能降低，糖尿病，营养不良，维生素缺乏等。

病理病理变化与慢性上颌窦炎大致相似，有粘膜增厚、纤毛消失、窦腔蓄脓，变态反应性炎症者有粘膜水肿，有息肉性变。所不同者，慢性额窦炎因引流不畅，易发生骨炎及骨髓炎，可在其前壁和底部产生瘘管，不断排脓，瘘孔多在眶的内上壁，于上眼睑处可见瘢痕形成。

检查（一）前鼻镜检查 可见粘膜充血，中鼻道前上方有脓性分泌物。上颌窦炎的脓液多在中鼻道的后下方，筛窦炎可见中鼻道与嗅裂存有脓性分泌物，可资鉴别。（二）头位试验前鼻镜检查未见脓性分泌物时，可用1%麻黄素收缩中鼻甲和中鼻道粘膜，然后保持头正中位5分钟，再次检查鼻腔，看中鼻道有无脓液出现。伴有上颌窦炎时，可先行上颌窦穿刺冲洗，将脓液清除，然后再行头位性引流，以判定额窦炎的存在。（三）额窦X线摄片 取鼻额位和侧位，比较双侧额窦透光度，判定其中病变。双侧额窦大小不对称属正常情况，与诊断额窦炎无关。发育良好的额窦可有骨隔，亦属正常现象。（四）CT扫描 采用冠状面和轴位扫描，可显示额窦大小

及范围、前后骨壁情况和窦腔内粘膜内无增厚。治疗（一）非手术疗法 包括用鼻粘膜血管收缩剂和抗生素滴鼻、置换术、理疗等，仅对早期轻症可能有效。（二）鼻内手术 包括矫正鼻中隔高位弯曲、鼻息肉切除术、中鼻甲部分切除术等。此种手术适用于慢性化脓性额窦炎经过非手术治疗无效者，但有额窦外伤史、额窦炎并发症史者不宜采用。此种手术也称为辅助性手术。（三）额窦鼻内手术 患者仰卧，鼻内表面麻醉或全身麻醉，在鼻外侧壁鼻根处行“形切口，剥离粘膜，切除钩突，开放前组筛窦。若中鼻甲肥大，应先行中鼻甲骨折移位，或做中鼻甲部分切除，凿去上颌突后缘，扩大鼻额管。手术中应注重鼻额管内后侧的筛板，术后复位粘膜瓣，额窦可用6mm的硅胶管引流，6日后进行冲洗。此手术操作比较简单。粘膜损伤较少，比较安全，不易造成鼻额管狭窄，而且额部不遗留瘢痕，不必要做更为复杂的鼻内额筛窦手术。若效果不佳，可行额窦鼻外手术。（四）鼻外手术（额窦根治术）1.Lynch手术（1）适应症 鼻内手术及额窦鼻内手术无效者； 慢性额窦炎并发骨髓炎或瘘管者； 慢性额窦炎有眶内或颅内并发症者； 霉菌性额窦炎； 额窦内异物，额窦骨折。（2）手术操作 患者仰卧，面部用酒精消毒，鼻腔粘膜行表面麻醉，内眦部及眉弓用1%普罗卡因或利多卡因加数滴0.1%肾上腺素行浸润麻醉，不剃眉毛，不用手术巾铺盖患侧眼球，以便术中随时观察力和眼部情况。沿眉毛切开，其内侧端转向上颌骨额突内眦平面稍下，剥离骨膜时勿伤及眶壁，仔细剥开泪囊及眶内上角约0.5cm深的上斜肌滑车，并将其移向内侧，盖一小块纱布条保护之。处理妥当后，向内暴露泪骨和筛骨纸板，结扎筛前动脉。凿去额窦

底部，进入额窦，剥离并去除病变粘膜，凿上额骨额突、泪骨和筛骨纸板，完成筛窦开放术。必要时可再凿开蝶窦前壁以利蝶窦引流，治疗其中的炎症。最后的插入0.6cm粗的硅胶引流管，皮肤和皮下组织分两层用丝线缝合，在缝合切口之前需注重将上斜肌滑车恢复原位，以免术后复视（图1）。2. 额窦前壁骨瓣进路填塞术 该手术最早由Schonborn（1894）和Breiger(1895)报道，他们将额窦前壁骨瓣翻起，用移植脂肪闭塞窦腔，称之为额窦骨成形术。1904年Beck、Winker和Hoffmann将其加以改良，但因当时不易检测感染，未能推广。1981年Gibso、Kergera和Itoiz报道应用此法成功的经验，1954年Macbeth又报道采用骨瓣进路治疗额窦炎症、囊肿和骨瘤病例，1972年Bosley和Session又报道了100余例额窦骨瓣成形和脂肪填塞，取得满足效果，国内骆兆平（1956）、王天锋（1964）、顾之平（1980）也有报道，但例数不多，可能与本病发率不高有一定关系。（1）适应症 慢性额窦炎屡次发作，久治不愈者；慢性额窦炎已在前壁形成瘻孔者；鼻内额窦手术或Lynch手术失败者；额窦囊肿、骨瘤或前壁骨折外伤。（2）禁忌症 多发性鼻窦炎，应先治疗其他鼻窦疾患；术中若发现病变侵犯额窦后壁骨质，病变粘膜与硬脑膜有粘连，则不宜行脂肪填充术。（3）术前预备 摄鼻额位和侧位X线额窦片，以确认额窦腔的范围，在鼻额位片上剪下双侧额窦外形，下齐眶上缘，经消毒液消毒后备用。剃眉毛及腹部备皮。常规术前检查，包括血常规及心肝肾功能及青霉素过敏试验。（4）麻醉及体位 因手术时间较长，多采用全身麻醉，气管内插管。为减少术中出血，切口处用1%普鲁卡因或赛罗卡因加数滴0.1%肾上腺素做

局部浸润。患者取仰卧位，头稍抬高，使前额位于水平位。

(5) 手术操作 切口 将术前剪好的额窦鼻额位X线片盖于额部，在皮肤上用龙胆紫液描绘额窦界限。自内眦上1cm，向外达额窦外缘，做弧形切口。若为双侧额窦手术，可将切口向对侧延长，在鼻根做横切口。若额窦很大且系双侧手术，可采用发际切口，将皮瓣下翻，以使局部不留瘢痕并充分暴露，注重不要切透骨衣。 分离皮片 切开皮肤、皮下组织和肌层，分离皮片，充分暴露全部额窦并稍向外剥离。 骨膜切口 将已消毒的额窦外形胶片置于骨膜相应部位，标明额窦位置和外形，沿额窦轮廓做骨膜切口，保留眶上缘骨膜，用剥离器将切口处骨膜稍加分离约0.5cm。 翻转骨瓣 于骨膜切口处，用小圆钻头钻一排小孔，孔间距离约0.5cm。每钻开一孔，即用探针探查窦腔范围，然后继续向两侧钻孔，直至眶上缘。注重钻孔勿超过额窦范围，以免误入颅内。用小平凿或线锯断开各孔间的骨质，注重用凿方向要向窦腔中心倾斜，以使骨瓣边缘呈斜面，有利于骨瓣复位后的接合，并可防止骨瓣下陷。眶上缘骨质较厚，凿断时需稍加用力。然后把骨膜剥离器或平凿伸入额窦腔内，将骨瓣轻轻撬起并翻转向下。额窦底部骨壁甚薄，在翻转骨瓣时即可发生整洁的线状骨折，使额窦腔完全暴露。 清除窦内粘膜 用剥离器和纱布去除窦内全部粘膜，包括骨瓣上的粘膜。对鼻额管处的粘膜，需做筒状剥离，并将其向下翻转，推向鼻腔侧，使二者粘连闭合。用磨光钻头轻磨窦内骨皮质表面，以去除残留粘膜，使成粗糙骨面，可增加移植脂肪的血液供给。用手术显微镜观察有无残余粘膜，若仍有粘膜存在，需在镜下予以彻底清除，以免手术后发生额窦粘液囊肿。 填充脂肪 自左下

腹取皮下脂肪，混以40万U青霉素粉剂（术前皮试阴性者），填充于窦腔内。将骨瓣复位。骨膜、皮下、皮肤，分别以肠线和丝线逐层间断缝合，不置引流，前额加压包扎。

（6）术后处理 全身应用广谱抗生素10~14天，5~7天拆线，并解除压迫绷带。

3.鼻窦内窥镜下进路

本法是近20年来开展的新技术，其原理是使各鼻窦开口保持充分的通气和引流，窦内粘膜炎症可以逐渐消退。治疗慢性额窦炎时，必须清除前组和中组筛窦病变。

（1）术前预备 病人预备和手术器械预备，均与纤维鼻内窥镜鼻窦手术（Fess）相同。

（2）体位与麻醉 体位 取仰卧位。麻醉 先用2%地卡因15ml，加0.1%肾上腺素2ml，分两次对中鼻道、嗅裂及整个鼻腔行表面麻醉，这样可以有效地防止术中出血。然后用1%利多卡因加少许肾上腺素在中鼻甲和鼻丘处行粘膜下浸润麻醉。

（3）手术操作 切口 在中鼻甲前端根部沿鼻腔外侧壁做纵行切口或“∩”形切口，分离粘膜，暴露筛泡骨质。清除前组筛房 用鼻中隔剥离器轻轻压迫筛泡，在0度窥镜引导下用筛窦钳打开筛泡，换70度内窥镜和70度筛窦钳清除前上组筛房，并向上寻找额窦开口，假如额窦开口被息肉或肿胀的组织掩盖，可用探针寻找。开放额窦 找到新窦开口后，用刮匙开放窦的底部，额窦底位于前上组筛房的顶部，为额窦各壁中的最薄处，较易开放，但应注重不要向后开放过多，以免损伤前颅底。术中需吸净额窦内的分泌物，插入70度内窥镜进行观察。术后额窦腔不另填塞，以利于引流。

4.额窦颅骨化消除术（craniumlization）

是1982年由Donald首创应用的新技术，适用于颅窦后壁骨折，有预防颅内感染和保持额部外观凹陷的优点。

（1）体位和麻醉方法同上。（2）做额部冠

状切口，将皮瓣翻下。（3）将额窦前壁骨板完全钻开取下，清洗后浸于Betadine含碘液中保存。（4）用骨钳去除额窦后壁，剥去前后壁的粘膜，并以电钻头磨净残余的粘膜。（5）鼻额管的粘膜剥离充分后，向鼻腔内翻转，再用劲肌堵塞管内，使鼻额管与鼻腔完全隔绝。（6）将额窦前壁从浸泡液中取出，用盐水冲洗，以不锈钢丝固定于前壁缺损处，最后缝合额窦冠状切口的皮肤。手术后额部硬脑膜向前膨隆，与额窦前壁接触，这样额窦前壁就变为颅骨了。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com